UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 70

LE TRAITEMENT

DES

RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

PAR LA MÉTHODE DE DOLÉRIS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Juillet 1912

PAR

Georges FOURNIER DES CORATS

Né à Tarare (Rhône), le 4 décembre 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
MASSABUAU, agrégé.
EUZIERE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1912

LE TRAITEMENT

DES

RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

PAR LA MÉTHODE DE DOLÉRIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546002_0153

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 70

LE TRAITEMENT

DES

RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

PAR LA MÉTHODE DE DOLÉRIS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Juillet 1912

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

PAR

Georges FOURNIER DES CORATS

Né à Tarare (Rhône), le 4 décembre 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — FORGUE, professeur, *Président.* ESTOR, professeur. MASSABUAU, agrégé. EUZIERE, agrégé. — *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)..... Doyen.
SARDA..... Assesseur.
IZARD..... Secrétaire

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap.génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct.

Examinateurs de la thèse ;

MM. FORGUE, professeur, *président.* | MM. MASSABUAU, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.* | EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

G. DES CORATS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

MASSABUAU ET EUZIÈRE

G. DES CORATS.

AVANT-PROPOS

Il est de tradition à la Faculté de médecine de Montpellier que l'étudiant, sur le point de quitter ses maîtres et ses amis, adressent aux uns ses remerciements pour la part qu'ils ont prise à la formation du médecin et aux autres ses adieux, en souhaitant qu'ils ne soient, pour quelques-uns, que des au revoir. Cette page, la plus agréable au gré de l'auteur, nous nous en voudrions de ne pas l'écrire.

Nous sentons trop vivement l'honneur que nous a fait M. le professeur Forgue, en acceptant la présidence de cette thèse, pour ne pas l'en remercier tout particulièrement.

Que M. le professeur-agrégé Massabuau soit assuré de notre respectueuse reconnaissance pour l'amabilité avec laquelle il nous a conseillé dans la rédaction de ce travail. Nous garderons toujours, avec le regret de n'y plus pouvoir assister, le souvenir de ses savantes et éloquentes consultations gratuites de l'Hôpital Général.

M. le professeur Estor et M. le professeur-agrégé Euzière ont bien voulu accepter de faire partie de notre jury de thèse, nous les en remercions vivement.

Que notre meilleur ami, le docteur Robert Colonna d'Istria, compagnon fidèle de toutes nos études médicales, et notre excellent ami Guillaume Colonna d'Istria se voient renouveler ici l'assurance de notre profonde amitié.

LE TRAITEMENT

DES

RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

PAR LA MÉTHODE DE DOLÉRIS

INTRODUCTION

Si l'on parcourt dans les ouvrages de gynécologie les statistiques relatives aux affections utérines, on est frappé de la prédominance des rétrodéviations. Saenger a pu apporter, à la Société obstétricale de Leipzig, une statistique où, sur 700 maladies de femmes, on ne compte pas moins de 108 cas de déviation en arrière, soit plus de 15 0[0. D'autres auteurs accusent des chiffres plus élevés encore. Winckel et Lohlein ont trouvé une proportion de 17 à 18 0[0 ; Delbet, dans son traité de chirurgie, va même jusqu'à donner une moyenne de 27,7 0[0.

Cette importante prédominance des rétrodéviations justifie amplement la modeste étude que nous avons entreprise. Nous vous proposons, en effet, de passer en revue, dans une première partie, les méthodes de traitement

actuelles des rétrodéviations, d'étudier en quoi elles consistent, à quelles indications précises elles correspondent, quelles sont leurs contre-indications, leurs lacunes et même leurs dangers ; puis, dans une deuxième partie, nous exposerons la méthode de Doléris, en expliquant pourquoi et dans quelles conditions nous la considérons comme l'opération de choix et la plus physiologique des hystéropexies. Enfin, dans une troisième partie, nous rapporterons quelques observations de malades chez qui on a pratiqué le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds selon la méthode de Doléris.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

RÉDUCTION NON SANGLANTE DE LA RÉTRODÉVIATION : SA TECHNIQUE. — SES INDICATIONS. -- SES CONTRE-INDICATIONS.

Le moyen le plus simple de corriger une rétrodéviation, et le premier qui se présente à l'esprit est évidemment la réduction non sanglante du déplacement et la contention par un pessaire de l'utérus ainsi remis en place.

Dans le cas ou la rétrodéviation n'est pas ancienne, on peut espérer obtenir quelques succès de la réduction par la position génu-pectorale. La femme étant placée dans cette position, les viscères de la cavité abdominale tombent vers le diaphragme, et l'utérus, libéré de ce poids, tend à reprendre sa position naturelle. Le chirurgien aide au redressement en exerçant des tractions sur le cul-de-sac postérieur.

Si l'utérus a eu le temps de se fixer dans sa nouvelle position — nous voulons dire en rétrodéviation - et d'y contracter des adhérences, on aura alors recours à la réduction avec la sonde qui, mieux encore que la réduction bi-manuelle, permettra de rompre les adhérences. On placera la femme en position génu-pectorale, puis, avec un hystéromètre introduit dans la cavité utérine, on redresse

lentement l'utérus. Une fois l'utérus débarrassé de ses adhérences, on fait exécuter à l'hystéromètre un tour de spire, de manière à ce que sa concavité regarde le pubis, puis on abaisse le manche vers la fourchette. Cette manœuvre a pour but de porter l'utérus en avant.

L'utérus étant en place, on le fixe dans cette nouvelle position, à l'aide d'un pessaire, le plus souvent le pessaire de Hodge à double courbure. Le placement d'un pessaire est une manœuvre très simple, et le seul danger à éviter est la compression de l'urètre. Inconvénient auquel on remédie facilement en ménageant une petite encoche à la partie antérieure de l'appareil.

Mais, aussi soigneusement que soit placé un pessaire, il y a des cas où la contention est absolument impossible. Ce sont ces femmes qui présentent un vagin d'une telle laxité que le pessaire ne peut y trouver un point d'appui résistant, ou dont l'amplitude du vagin est telle qu'elle constitue un véritable obstacle à l'emploi du pessaire. Il se présente des cas enfin où l'appareil, placé dans les meilleures conditions et avec tous les soins voulus, cause à la malade de telles douleurs qu'elle préfère avoir recours à une opération sanglante qui la délivre pour toujours du pessaire.

CHAPITRE II

OPÉRATION D'ALQUIÉ-ALEXANDER : SA TECHNIQUE — SES INDICATIONS. — SES CONTRE-INDICATIONS

Dans le cas d'intolérance du pessaire,— ce qui implique le redressement préalable du l'utérus,— il est tout indiqué d'intervenir par le procédé d'Alquié-Alexander. Le prin-

cipe de la méthode consiste dans le raccourcissement des ligaments ronds, qui, dans leur partie terminale, sont facilement accessibles au chirurgien. Voici, en un rapide résumé, la technique de l'opération.

1er et 2e temps. — Découverte des ligaments ronds des deux côtés au niveau de l'orifice inguinal.

3e temps. — Redressement de l'utérus à l'aide d'une sonde et dissection des ligaments ronds jusqu'au voisinage de l'orifice inguinal interne, soit sur un trajet de 10 centimètres environ. Tirer sur les ligaments jusqu'à ce qu'on perçoive une résistance et que les secousses imprimées aux ligaments soient transmises à la sonde intra-utérine. On est alors assuré de la fixation de l'organe.

4e temps. — Suture des ligaments raccourcis aux piliers interne et externe. Suture de la plaie. Pansement légèrement compressif, sans drainage, si on est sûr de son asepsie.

5e temps. — Temps qu'Alexander considère comme essentiel. Cet auteur insiste sur l'utilité de maintenir l'utérus en bonne place pendant un mois au moins au moyen d'un pessaire de Hodge et d'un pessaire intra-utérin.

Cette opération a pour elle son peu de gravité, puisqu'on est en dehors du péritoine, et son innocuité complète vis-à-vis des grossesses ultérieures. Alexander, sur huit cas observés, a vu accoucher normalement sept de ses opérées. Il est regrettable que ses indications soient si restreintes. Trélat a nettement posé en règle immuable que l'opération d'Alexander-Alquié devrait être réservée aux rétroversions mobiles. Lui-même l'a appliquée dans des cas d'utérus primitivement adhérents, mais rendus mobiles au moment de l'opération par des manœuvres

préliminaires. Dans les cas d'adhérences anciennes tenaces, qu'on ne peut rompre par des manœuvres externes, il faut se résigner à ouvrir la cavité abdominale de façon à libérer directement l'utérus des adhérences qu'il a contractées.

CHAPITRE III

HYSTÉROPEXIES ABDOMINALE ET VAGINALE. LEURS TECHNIQUES. — LEURS DANGERS

1° *Hystéropexie abdominale.*

Préférable au procédé de fixation indirecte qui sacrifie l'ovaire et tord l'utérus, préférable aussi à la fixation directe latérale de l'utérus, qui ménage une fente entre le corps utérin et la paroi abdominale, véritable amorce d'étranglements internes, la fixation médiane du corps utérin est le procédé de choix auquel s'arrêtera le chirurgien décidé à faire une hystéropexie abdominale antérieure. Voici, en peu de mots, la technique de l'opération. Après ouverture du ventre et redressement forcé de l'utérus, on place trois sutures au fil de soie traversant la paroi abdominale et le fond utérin. On serre ces trois fils en les nouant au-dessus de la paroi abdominale. On procède ensuite à la réunion du reste de la plaie au-dessus et au-dessous de la suture. Au bout de 12 à 16 jours, on enlève les trois soies utéro-abdominales. Pozzi recommande de placer un pessaire de Hodge pendant un mois pour soulager les sutures utérines.

Voyons, maintenant que nous connaissons le procédé, quelle est son influence sur les grossesses futures.

En ce qui concerne la durée de la gestation, il paraît nettement établi que l'hystéropexie abdominale est une cause d'interruption de la grossesse. Demelin, sur 112 grossesses consécutives à cette opération, a noté 14 avortements et 6 accouchements prématurés. Küstner accuse 15 avortements ou accouchements prématurés sur 98 grossesses survenues après hystéropexie abdominale.

De plus, l'hystéropexie abdominale influe défavorablement sur la présentation. En 1899, M. Pinard notait 4 présentations vicieuses sur 6 grossesses observées. On trouve la raison de ces interruptions de grossesses et de ces présentations dystociques dans le développement inégal de l'utérus gravide fixé en antéversion forcée et qui s'accroît surtout par sa paroi postérieure.

2° *Hystéropexie vaginale*. — Le seul procédé de vaginofixation, pratiqué aujourd'hui encore par quelques chirurgiens, est celui de Dürhsen. L'opération comprend trois temps qu'on peut résumer schématiquement, ainsi qu'il suit ; 1er *temps*, incision de la paroi vaginale antérieure ; 2e *temps*, dissection et refoulement en haut et en avant de la vessie ; 3e *temps*, fixation du corps de l'utérus aux bords avivés de la plaie vaginale.

A la condition que la paroi ne se relâche pas, on voit que le corps utérin est soudé sur une assez grande étendue à la paroi vaginale pour être facilement maintenu en antéversion. Mais, comme pour l'hystéropexie abdominale malheureusement, on trouve une contre-indication formelle du procédé dans son influence nettement défavorable sur la grossesse. Demelin, en 1896, sur 95 grossesses, compte 19 avortements ; toujours du même auteur, cette statistique donnant 8 °/₀ de présentations vicieuses

avec 9 opérations césariennes, ce qui prouve amplement la gravité de la dystocie dans les cas de vagino-fixation.

Là encore, comme dans l'hystéropexie abdominale, ces conséquences fâcheuses paraissent attribuables à l'antéflexion forcée de l'utérus et aux adhérences de la face antérieure, qui peuvent être très résistantes.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

LE PRINCIPE DE LA LIGAMENTOPEXIE INTRA-ABDOMINALE PAR LE PROCÉDÉ DE DOLÉRIS

Frappé des insuccès et des dangers des méthodes que nous venons de décrire, Doléris en rechercha la cause et la trouva dans le peu de logique anatomique et physiologique des procédés employés. Sur quel organe, en effet, porte les lésions de l'antéversion ? De toute évidence, les lésions primitives siègent sur les moyens de suspension de l'utérus. Or, l'intervention — à part l'opération d'Alquié-Alexander — intéresse toujours l'utérus au lieu de s'adresser uniquement au système ligamenteux, et d'un organe mobile qui a besoin de sa mobilité de par sa physiologie même, elles font un organe immobile, soudé à la paroi abdominale, au vagin ou même à la vessie, par sa face antérieure ou par son fond.

Dans cette fixité absolue et définitive de l'organe, Doléris ne voit qu'une fantaisie chirurgicale, « un artifice pathologique qui, dit-il, devrait être corrigé chirurgicalement si on le rencontrait à l'état spontané tératologique, ou lié à une cause morbide accidentelle ». Des procédés employés pour maintenir l'utérus en bonne position,

Doléris n'en reconnaît qu'un seul comme satisfaisant : l'opération d'Alquié-Alexander. Mais s'il en admet le principe du raccourcissement des ligaments ronds, comme le seul moyen logique et physiologique propre à agir sur l'utérus rétroversé, il sait aussi quelles sont les contre-indications de l'opération. Il est ainsi amené à employer une technique qui lui permettra d'agir sûrement sur les ligaments ronds dans les déviations compliquées d'adhérences et d'annexites. Nous voulons parler du raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, opération dont on trouve une première technique dans la thèse de Fumey, technique à laquelle Doléris apporte ensuite une modification destinée à rendre plus solide la greffe des ligaments dans la paroi abdominale. C'est ce dernier procédé que nous allons décrire, en nous servant de la thèse de Hivet (Paris, 1901), où il se trouve exposé pour la première fois.

CHAPITRE II

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION DE DOLÉRIS

1^er^ temps. – Ouverture de l'abdomen. – La malade étant anesthésiée, on fait sur la ligne médiane une incision de 8 à 10 centim., commençant à 2 centim. du pubis et se continuant en haut vers l'ombilic. La peau, le tissu cellulaire, la ligne blanche, très épaisse à ce niveau, le péritoine sont successivement incisés.

2^e^ temps. – Reconnaissance et libération de l'utérus. – Pendant qu'un aide écarte les lèvres de la plaie et qu'un autre soulève soigneusement la masse intestinale,

qui se récline d'elle-même si on a préalablement placé la malade en position de Trendelenburg, le chirurgien introduit la main ou simplement l'index et le médius dans le cul-de-sac de Douglas. Le fond de l'utérus étant reconnu et les adhérences détruites, on ramène la matrice en antéversion normale, en la saisissant au moyen d'une pince tire-balle, et on traite les annexes, quand elles sont malades, ainsi qu'il convient.

3e temps. — Reconnaissance et saisie des ligaments ronds. — Les ligaments ronds ne sont facilement reconnus qu'à 4 ou 5 centimètres de l'utérus. C'est en ce point que le chirurgien doit les saisir pour les attirer en dehors. Pour cela, après les avoir bien reconnus, après s'être assuré qu'il ne s'agit pas des trompes, il passe au-dessous de chacun d'eux une anse de gros catgut; grâce à cette anse, les ligaments ronds sont facilement attirés en dehors de l'abdomen et accolés à l'angle inférieur de la plaie de la paroi abdominale. A ce moment, M. Doléris pratique au moyen du bistouri, de chaque côté de la ligne médiane et au niveau de la bandelette fibreuse laissée intentionnellement, un petit orifice traversant le péritoine, les muscles et leur aponévrose. Cet orifice est juste suffisant pour permettre de chaque côté le passage du ligament rond correspondant.

4e temps. — Fixation des ligaments ronds dans la plaie. Fermeture de l'abdomen. — Tout d'abord, on accole solidement l'une à l'autre, au moyen de 2 ou 3 catguts, les anses ligamenteuses passées à travers les orifices fibreux; on suture ensuite les plans péritonéaux et musculo-aponévrotiques suivant l'usage, et on termine la suture cutanée. A ce moment, M. Doléris conseille de reprendre encore avec deux crins les annexes ligamenteuses, qui se trouvent ainsi incluses dans le derme.

CHAPITRE III

AVANTAGES DU RACCOURCISSEMENT INTRA-ABDOMINAL DES LIGAMENTS RONDS PAR LA MÉTHODE DE DOLÉRIS

Participant à la fois de l'Alexander et de l'hystéropéxie, c'est une opération qui réunit les avantages de ces deux procédés sans en avoir les inconvénients. Comme l'Alexander, elle laisse à l'utérus toute sa mobilité, ne comprime pas la vessie, permet, en cas de grossesse, le libre développement de l'utérus dans la cavité abdominale, en un mot, assure à cet organe une suspension qui se rapproche le plus des conditions naturelles. De l'hystéropexie elle a l'avantage d'ouvrir la cavité abdominale, ce qui permet au chirurgien de ne pas agir en aveugle, de libérer les adhérences, d'enlever les annexes malades s'il en est besoin.

Elle a l'avantage sur la ventro-fixation de respecter les conditions anatomiques normales, en conservant les ligaments ronds qui sont de véritables traits d'union musculaires, extensibles et élastiques, jetés entre la paroi abdominale et l'utérus De ce fait, elle réalise surtout une suspension plus solide au point de vue des résultats ultérieurs, puisque la fixation est assurée au moyen de deux cordons fibro-musculaires qui remplacent avantageusement l'adhérence séreuse, toujours sujette à se ramollir, de la ventro-fixation. Mais le principal avantage de cette fixation physiologique de l'utérus, ce qui en fait véritablement une méthode de choix pour le traitement de toutes

les rétro-déviations adhérentes, c'est l'assurance qu'on peut avoir, en l'employant, de conserver à l'opérée toute son aptitude à la fécondation, sans danger pour la gestation. Sur 90 cas personnels opérés suivant sa méthode, Doléris a pu observer 10 grossesses. Trois de ces femmes ont été opérées pendant le 3e et 4e mois : la grossesse a évolué normalement et l'ascension utérine s'est faite classiquement. Les 7 autres grossesses se sont également terminées à terme par des accouchements eutociques (Doléris, Gynécologie, 1901). Les grossesses n'ont modifié en rien la nouvelle situation de l'utérus et, en aucun cas, on a vu se reproduire la déviation primitive.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Observation Première

(In Thèse Figuiera, Paris, 1903.)

L..., 28 mai 1891, mariée ; fausse couche il y a 6 ans.

Douleurs abdominales et métrorragie. Névropathie. Abcès tubo-ovarique gauche. Ovaire droit kystique et adhérent. Rétroversion. Ovariotomie double, fixation des pédicules et des ligaments ronds dans la plaie abdominale, en même temps que les fils traversent le tissu utérin.

Amélioration, guérison de la rétroversion ; état névropathique persistant pendant plusieurs mois.

Revue plusieurs années après. Les renseignements récents confirment la guérison.

Observation II

(In Thèse Figuiera.)

F..., 42 ans, 12 décembre 1892. Multipare, alcoolique et névropathe. Leucorrhées, métrorragies et aménorrhées alternatives. Douleurs vives au moment des règles. Incapacité de tout travail, crises nerveuses. Cervicité chronique kystique. Colpocèle antérieure et postérieure, utérus myomateux rétroversé. Curettage, Schrœder,

colpopérinéorraphie. Laparotomie pour castration, en vue d'arrêter la myomatose.

Hystéropexie. Inclusion des ligaments ronds avivés dans la plaie abdominale. Guérison.

Observation III

(Thèse Hivet, Paris, 1901.)

P...; août 1900. Réglée à 12 ans, règles toujours régulières, pas d'accouchements, pas de fausse couches. Depuis un an, leucorrhée assez abondante.

Depuis 2 ans, la malade présente des symptômes de rétrodéviation utérine, particulièrement accusés depuis quelques mois. Actuellement, la malade est incapable de tout effort. Utérus rétrofléchi, annexes normales.

Opération le 7 août 1900. Laparotomie, réduction facile de l'utérus qui est mobile, inclusion pariétale des ligaments ronds ; suites opératoires très simples. La malade est revue deux mois et demi après l'opération, l'utérus est parfaitement fixé et les douleurs ont disparu.

Observation IV

(In Thèse Hivet, Paris, 1901.)

C..., 23 avril 1901. Réglée à 14 ans. Règles abondantes, régulières, douloureuses. Il y a 5 ans, grossesse suivie d'un accouchement à terme assez pénible ; depuis, signes de rétrodéviation utérine rendant tout effort impossible. Utérus rétroversé, prolapsus vaginal. Laparoto-

mie, raccourcissement facile des ligaments ronds par transfixion. Colpopérinéorrhaphie. Suites opératoires très simples.

Observation V

(In Thèse Hivet, Paris, 1901.)

M..., 19 février 1901. Réglée à 18 ans, toujours irrégulièrement. Un accouchement à 22 ans. Le 25 janvier 1901, fausse-couche à 2 mois, curettage fait dans le service, le 30 janvier. Persistance de douleurs abdominales, rétrodéviation utérine manifeste. Laparotomie le 12 février, annexes normales, réduction facile de l'utérus ; raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par transfixion des muscles droits ; suites opératoires très simples.

Observation VI

(In Thèse Figuiera, Paris, 1903.)

A..., 26 ans. Novembre 1901. Mariée depuis 7 ans, 2 enfants, 2 fausses couches. Malade depuis 18 mois ; douleurs abdominales avec maximum à gauche. Métrorragie et diarrhée, fatigue générale. A l'examen, on constate que l'utérus est en rétroversion ; salpingo-ovarite gauche, légère annexite droite. Laparotomie, novembre 1901.

Réduction de l'utérus, libération des annexes congestionnées, lâchement adhérentes au Douglas, ignipuncture ovarique. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par transfixion.

Bonnes nouvelles reçues en 1903, début de grossesse en novembre 1902.

Observation VII

(In Thèse Figuiera)

B..., 22 ans, 10 mars 1902. Père et mère bien portants. Très maigre. Santé générale délicate. Mariée depuis trois ans, stérile. Réglée à 12 ans, facilement, mais abondamment pendant 10 jours environ. Période de chloro-anémie prolongée à 16 ans. Dix-huit jours après le mariage, poussée de péritonite sans fièvre, alternant à droite et à gauche. Les trois mois qui ont suivi ont été très pénibles. Dysménorrhée persistante. Stérilité. Rétrodéviation, double salpingo-ovarite.

Le 3 avril 1902, laparotomie. Rétroversion-flexion adhérente, annexes très fortement adhérentes au bassin des deux côtés. Adhérences à l'intestin et à l'épiploon ; pas de pus, vestiges d'hématocèle. Libération des annexes, ouverture des trompes au thermocautère, raccourcissement des ligaments ronds par transfixion. Après l'opération, on place un pessaire qui est retiré en juillet. Guérison. Les règles se sont beaucoup raréfiées.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement de rétrodéviation par la réduction non sanglante maintenu par un pessaire est un procédé palliatif plutôt que curatif, à indications restreintes.

II. — En présence d'une rétrodéviation sans adhérences, sans lésions annexielles, chez une femme à périnée intact, l'opération d'Alquié-Alexander est l'opération de choix.

III. — Les hystéropexies immédiates, vaginales ou abdominales doivent être bannies de la pratique chirurgicale comme antiphysiologiques. Elles créent à l'utérus une situation pathologique — adhérences, déviations, torsion — qui est une cause d'avortements et d'accouchements dystociques.

IV. — L'opération de choix dans le cas de rétrodéviation adhérente ou compliquée de lésions annexielles est le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds par la méthode de Doléris. Cette opération est curative, durable, physiologique, parce qu'elle conserve les conditions anatomiques, et pour cette raison assure des grossesses normales et des accouchements eutociques.

BIBLIOGRAPHIE

Blondel. — Gynécologie, 1896.

Brossi. — Nouvelles Annales Gyn. et Obst., 1890.

Bowee. — Ann. of. gyn. and ped., december 1902.

Delbet. — Traité de chirurgie, tome VIII.

Damelin. — Obstétrique, septembre 1896.

Le Dentu. — La semaine gynécologique, 1901.

Doléris. — Du raccourcissement des ligaments ronds, Paris, 1887.

— Congrès français de chirurgie, 1888.

— Congrès de Genève, 1896.

— Congrès de Washington, 1887.

— La Gynécologie, 1898, 1902-1904.

Fumey. — Thèse de Paris, 1900.

Figuiera. — Thèse de Paris, 1903.

Hivet. — Thèse, Paris, 1900.

Oui. — Annales de Gynécologie, 1904.

Pozzi. — Traité de Gynécologie, 1897.

Pinard. — Annales de Gynécologie, 1898.

Pinard et Varnier. — Annales de Gynécologie, 1886-87.

Queirel. — Annales de Gynécologie, 1904.

Schultze. — Traité des déviations utérines, Paris 1884.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 5 juillet 1912.
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 5 juillet 1912.
Le Doyen.
MAIRET.